

Cultura Médica e Cosmopolitismo em Portugal nos Séculos XIX e XX*

MANUEL VALENTE ALVES**

«As culturas precisam de viver em liberdade, de ser expostas ao confronto contínuo com outras culturas diferentes, graças ao que se renovam e enriquecem. Só assim podem evoluir e adaptar-se ao fluxo contínuo da vida [...]».

Mário Vargas Llosa⁽¹⁾

REVISITAR OS ANTIGOS

A medicina clássica tem origem na Grécia nos séculos VI e V a. C.. Era constituída por uma autêntica mescla de conhecimentos onde confluíam o empirismo terapêutico dos povos primitivos, as interpretações racionais da natureza dos filósofos présocráticos e a experiência clínica acumulada por diversas «escolas médicas», dentre as quais se destaca a de Crotona, no sul da actual Itália, por ter sido a que mais precocemente se relacionou com os pré-socráticos. A esta «escola» pertenceu o filósofo Alcmeon (séc. VI a. C.-séc. V a. C.), autor daquele que, para muitos investigadores, é considerado o primeiro livro de medicina grego. Alcmeon foi o primeiro a identificar o cérebro como a sede da inteligência humana e a declarar a imortalidade da alma, tendo as suas ideias influenciado importantes filósofos: desde Philolaus (c. 480 a.C.- c. 385 a.C.), a quem se deve os argumentos de que toda a matéria é composta por coisas limitadas e ilimitadas, de que o universo é determinado por números e que a terra não é o centro do universo, passando por Hipócrates, até Platão (428/27 a.C.- c. 347 a.C.) e Aristóteles (c. 384 a.C.- c. 322 a.C.).

Ainda no século V, Empédocles (c. 490 a.C.- 430), terapeuta e filósofo natural, formula a doutrina pré-socrática que maior e mais duradoura influência teve na

medicina da época, segundo a qual todos os seres naturais são compostos por uma mistura em proporções variáveis de quatro elementos cujas qualidades se opõem entre si: água, ar, terra e fogo.



Empédocles

Hipócrates de Cós (c. 460 a.C.- c. 370 a.C.), considerado o «pai» da medicina racional, dá o nome ao *Corpus Hipocraticum*, uma colecção que reúne mais de cinquenta tratados que procedem, não apenas de um único autor, mas de autores de diferentes escolas e épocas. Contudo, a maioria corresponde aos séculos V e VI a. C. E às «escolas» de Cnido e Cós, duas localidades perto da costa sudoeste da actual Turquia.

* Versão revista e aumentada da conferência proferida pelo autor nos «Simpósios sobre Saúde Portugal-Brasil 200 anos», Rio de Janeiro, organizados pelo Alto Comissariado da Saúde e pela Fundação Oswaldo Cruz, no dia 7 de Julho de 2008.

** Director do Museu de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Recebido e aceite para publicação: 3 de Fevereiro de 2009.

A «escola» de Cnido, provavelmente a mais antiga, foi a que mais estreitamente se relacionou com a medicina egípcia e outras medicinas arcaicas. Os médicos desta escola tendiam a agrupar os casos em tipos abstractos de doenças, pondo uma maior ênfase no diagnóstico em detrimento do prognóstico.

Os médicos da «escola» de Cós (ou de Hipócrates), caracterizavam-se pela sua abordagem racional do fenómeno da doença, registando minuciosa e objectivamente tudo o que observavam nos doentes. Nas suas admiráveis histórias clínicas, os médicos de Cós estudavam o doente como um todo, isto é, «com o olhar, com o tacto, com o ouvido, com o olfacto, com a língua, com o entendimento; com o que possa conhecer tudo aquilo que conhecemos», como se pode ler em dos textos hipocráticos. Outra característica da medicina hipocrática é o estudo das doenças na sua relação com o ambiente, tradição esta que, com diversas variantes, se tem mantido até aos dias de hoje. Os hipocráticos consideravam a doença como um desequilíbrio relacionado com a mistura dos humores do organismo, um conceito elaborado especulativamente com base nos seguintes princípios: a ideia de que o universo é formado por quatro elementos básicos (água, ar, fogo e terra), cada um deles caracterizado por uma qualidade específica (humidade, secura, calor e frio); a teoria dos contrários (com especial insistência no número quatro) que defendia que entre os elementos opostos se devia conservar um equilíbrio para manter a harmonia do cosmos e a saúde do microcosmos, que é o homem; os efeitos produzidos pelas quatro estações do ano. No tratado de Hipócrates *Sobre a natureza do homem*, redigido já na segunda metade do século IV a. C., a composição de todas as partes do organismo é reduzida a um esquema de misturas em proporções variáveis de quatro humores de qualidades opostas: sangue, bílis amarela, bílis negra e fleuma. Mas como integrar estes princípios numa hipótese geral? A ideia básica é a de que todos os fluidos orgânicos são compostos, em proporção variável, por sangue (quente e húmido), fleuma (fria e húmida), bílis amarela (quente e seca) e bílis negra (fria e seca). Se estes humores se encontram em equilíbrio, o corpo goza de boa saúde. Em contrapartida, o excesso ou falta de algum deles provoca a doença.

Os regimes terapêuticos baseavam-se na dieta, no exercício físico diário e na moderação no dormir, na comida e na vida sexual. As feridas e as úlceras eram limpas e em seguida cobertas com substâncias minerais ou extractos vegetais, que procuravam acalmar a dor e facilitar a cura. A drenagem das feridas purulentas tornou-

-se uma prática frequente. Utilizavam os purgantes, vomitivos e clisteres para libertar o corpo de excesso de humor. Limpar regularmente os intestinos era tanto uma forma de tratar a doença como de conservar a saúde. Possuíam técnicas manuais de redução das luxações e fracturas e utilizavam também instrumentos mecânicos, com que executavam vastas e meticulosas técnicas cirúrgicas. Provavelmente já usavam as propriedades anestésicas e analgésicas do suco de ópio e mandrágora. Como diz um célebre aforismo atribuído a Hipócrates, «A vida é breve, a arte [a arte médica] longa, a experiência enganadora, a boa ocasião fugitiva, o juízo difícil». «A efemeridade da vida humana foi compreendida pelos gregos de maneira quase única, de tal forma que foram os inventores da palavra. Efemeridade vem de efémero, que significa 'o que dura um dia'. A vida dura um dia, a vida dos homens. [...] A vida é breve, mesmo a vida mais longa, por oposição à arte, essa sim, longa, mas não porque vença a vida, justamente ela é longa porque é vencida pela vida».⁽²⁾

Platão, contemporâneo de Hipócrates, era um dogmático: a razão estava acima da observação e, por isso, a experiência não era mais do que um simples meio de comprovar a verdade de uma dedução racional. Assimilou grande parte da herança deixada pelas doutrinas pitagóricas, razão pela qual as matemáticas (e especialmente a geometria) ocuparam um lugar destacado dentro do seu sistema filosófico. O seu método deixava de lado a prática da dissecação e a observação clínica junto à cabeceira do doente. Platão também defendia que o Estado ideal devia ocupar-se da saúde dos seus cidadãos e evitar os males derivados da pobreza e da sobrepopulação. Os dogmáticos eram partidários de procedimentos terapêuticos drásticos, razão pela qual empregavam desde purgantes e sangrias até regimes desidratantes para curar os processos febris.

Aristóteles, discípulo de Platão, era, contrariamente ao seu mestre, um experimentalista. As técnicas que empregava na medicina baseavam-se em investigações cuidadosas, tanto com animais como com seres humanos, e os seus estudos foram, durante muitos séculos, uma das principais referências do pensamento médico pagão, cristão e muçulmano. «Aristóteles afirmou que a Medicina é a razão, o *logos* da saúde. A confiança, a boa-fé, o estudo, a *philia* ou filantropia dos gregos – dizia um bem conhecido aforismo da colecção hipocrática, onde há amor do Homem (filantropia) há também amor da Arte (filotecnia) – são ainda as condições da recta razão na medicina humana? A medicina obrigatoriamente atenta ao individual, desenvolveu desde os tempos de Alcmaéon

(da escola de Pitágoras), de Empédocles e de Hipócrates, uma fisiologia e uma antropologia. Insistindo na demonstração morfológica e na argumentação lógica, os médicos do passado contribuíram para o desenvolvimento do pensamento objectivo e da atitude experimental. Mas a medicina contribuiu também para o desenvolvimento da identidade humana e da ética principialista. As inquietações dos clínicos centravam-se na Vida, na vida humana e na ciência, na *sciencia media*. A esta história não é alheio o facto de a medicina constituir um saber escolar e escolarizado – um *studium generale* – do ser humano nos momentos mais críticos da sua existência».⁽³⁾

A passagem e permanência da medicina helénica por Roma culmina com Galeno (130-200), que se manteve fiel à teoria hipocrática dos humores. Confiando mais na capacidade discursiva da razão do que nos dados proporcionados pelos sentidos, Galeno ofereceu uma notável sistematização do saber médico, sem pôr em causa a tradição hipocrática e a obra fisiológica e biológica de Aristóteles. As suas ideias perduraram até ao Renascimento, atravessando incólumes a Idade Média através da medicina árabe, cultivada por médicos notáveis, como Avicena, Averbóis, Rhazes e Maimonides, verdadeiras figuras cosmopolitas da medicina, que contribuíram decisivamente para criar a «idade de ouro» das ciências árabes. Galeno, tal como Hipócrates, defendia a «força curativa da natureza» como princípio básico da terapêutica e a higiene como estilo de vida.

Nesta época é de referir o médico e filósofo português, Pedro Hispano, que acabaria por passar à posteridade como papa: João XXI. O seu *Tratado dos Olhos*, publicado no século III, descreve, à luz da sua formação em lógica e filosofia natural aristotélica em geometria euclidiana e em astronomia ptolemaica, 26 doenças dos olhos e respectivo tratamento.

DA MEDICINA DO RENASCIMENTO À MEDICINA DAS LUZES

Paracelso (1493-1551), no Renascimento, rejeita liminarmente quer a teoria dos quatro elementos de Empédocles quer a dos quatro humores dos galenistas, cortando radicalmente com as teorias dos Antigos. O centro da sua visão do organismo humano e das suas doenças baseava-se em três «substâncias» (alquímicas) – o mercúrio, o enxofre e o sal – que eram, simultaneamente, elementos dentro de uma concepção química rudimentar e modos de comportamento da matéria. Ao queimar-se um corpo, o mercúrio seria o volátil, escapando-se sob a forma de fumo; o enxofre o combustível,

produzindo a chama; e o sal o que resiste ao fogo, transformando-se em cinzas. A ordenação destas três substâncias no corpo humano far-se-ia através de uma força vital específica, que designava por «arqueo». Com Joan Baptista van Helmont (1579-1644), um dos principais paracelsistas, o primitivo panvitalismo de Paracelso começa a ganhar, sem no essencial se desvirtuar, uma ordem mais racional e científica, consentânea com os novos rumos da medicina da época, convertendo-se em «vitalismo» *strictu sensu* e em iatroquímica.

No Renascimento, a medicina, filosofia natural e arte juntam-se para estabelecer as bases de uma nova antropologia baseada na visão (antropocêntrica) do homem como máquina. Os desenhos de anatomia interior do corpo humano de Leonardo da Vinci (1452-1519), embora excessivamente devedores às concepções e aos conteúdos galénicos, são formalmente novos; quanto à anatomia exterior eles aliam a beleza e objectividade na representação do corpo com a subjectividade do ser humano.

Leonardo inaugura com as suas imagens da anatomia humana uma nova era, a da procura da visibilidade total do corpo, abrindo assim as portas ao primeiro período da cultura visual da medicina, o da «lógica formal» das imagens. Segundo Virilio, a primeira época da vigência das imagens compreende o uso da pintura, da gravura, da arquitectura, e estende-se até ao século XVIII; o segundo, a «lógica dialéctica» das imagens, corresponde à invenção da fotografia, dos RX e do cinema, no século XIX; finalmente, a «lógica paradoxal» das imagens corresponde à videografia, à holografia e à infografia, contemporâneas.

A obra emblemática de Andreas Vesalius (1514-1564), *De humani corporis fabrica*, publicada em 1543, a «Fábrica» como ficou vulgarmente conhecida, assinala o ponto de viragem da anatomia galénica para a anatomia moderna, porque aponta vários erros nas descrições anatómicas de Galeno, entre os quais a existência de poros interventriculares. Ao contrário de Leonardo, Vesálio teve a possibilidade de dissecar cadáveres humanos, pois Pádua, em cuja universidade era professor, pertencia a Veneza e os venezianos detentores de um verdadeiro poder mercantil pouco se importavam com a proibição de Roma de efectuar autópsias.

No limiar do século XV, «prefigurava-se já a formação de um espaço *européu* não só ao nível das representações sobre a peste mas também das práticas e procedimentos relacionados com as questões sanitárias e de saúde pública. [...] Depois da regulamentação das medidas de combate e prevenção da peste, da criação

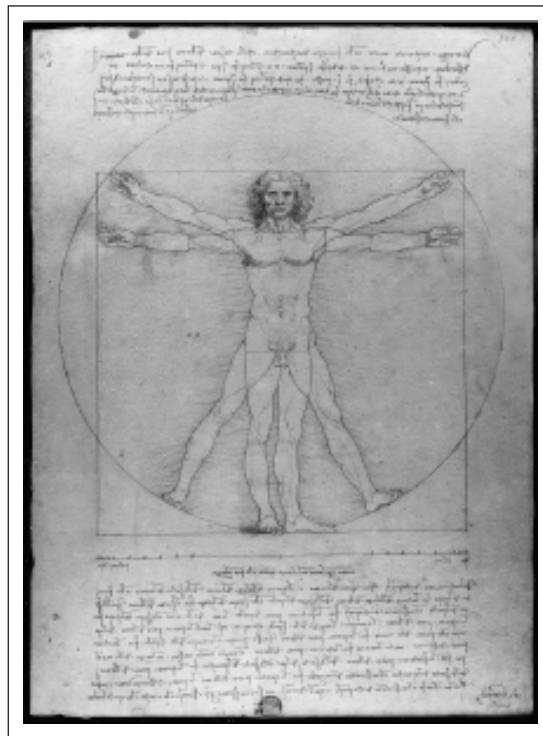


De humani corporis fabrica de Vesálio na exposição «Passagens - 100 peças para o Museu de Medicina» no Museu Nacional de Arte Antiga, Lisboa (2005). (Foto: Nina Szielasko).

dos Conselhos de Saúde, da organização das quarentenas e da construção dos lazaretos, as autoridades civis e religiosas voltaram-se para os hospitais⁽⁴⁾. Assim, em 1498, é fundada, entre nós, a Misericórdia de Lisboa na Sé de Lisboa (Capela de Nossa Senhora da Piedade) por Frei Miguel Contreiras, apoiado pela rainha D. Leonor e de D. Manuel I, e iniciada a construção da Rede de Hospitais das Misericórdias (mais de três centenas espalhadas pela metrópole e império), considerada a primeira rede de cuidados hospitalares organizada no mundo, suportada por um sistema de inanciamento comunitário de saúde inédito, implementado pelo Cardeal D. Henrique. Na constituição das Misericórdias, confluem (de forma eficiente) além dos poderes da Igreja, os da Corte e locais. A partir do terceiro quartel do século XVI começa-se também a espalhar pelo país uma importante rede de médicos, cirurgiões e boticários que asseguram cuidados de saúde primários às populações mais pobres. Tudo isto se enquadrava, pois, nas grandes linhas reformadoras das políticas sociais que então se experimentavam no Portugal moderno dos Descobrimentos.

De entre as personalidades médicas que, nesta época, se distinguiram a nível mundial no campo da investigação, poderemos destacar, pelo seu cosmopolitismo, Amato Lusitano e Garcia de Orta.

Amato Lusitano (1511-1568) é o autor das *Sete Centúrias das Curas Mediciniais*, publicado em 1556, provavelmente o tratado de medicina clínica mais importante do mundo na época. Originalmente em latim, conhecem-se 59 traduções em diferentes línguas. Cada «centúria»



Homem de Vitruvius (1485-90) de Leonardo da Vinci.



Amato Lusitano

apresenta 100 casos clínicos («curas», como se dizia então), com descrição exacta do doente e da doença, das suas circunstâncias e da terapêutica utilizada, permitindo ao clínico conhecer com bastante rigor os

factores externos que, na poca, influenciavam a saúde: os hábitos alimentares, os ritmos do quotidiano, as guerras tensões económicas e políticas, as hierarquias sociais, etc. Amato Lusitano estudou edicina na Universidade de Salamanca e, impedido de voltar a Portugal por ser judeu, viajou para Antuérpia e dali por toda a Europa até se estabelecer na cidade de Ferrara em Itália, em cuja universidade foi professor de anatomia. Interessou-se pela circulação sanguínea, o que o levou a investigar e a descrever pela primeira vez no mundo as válvulas venosas.

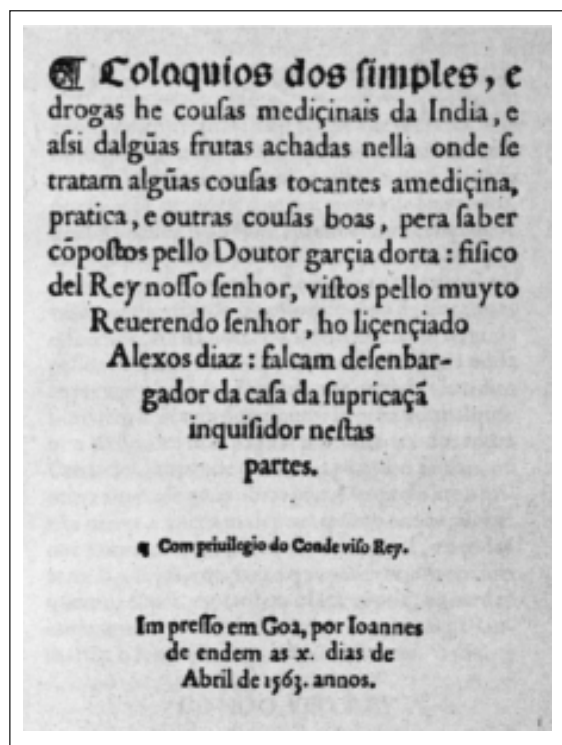
Garcia de Orta (1501-1568) publicou, em 1563, o célebre tratado *Colóquios dos simples e drogas e coisas medicinais da Índia*, considerado o primeiro grande contributo europeu para o estudo médico e botânico das drogas orientais. Nele são descritas com grande rigor plantas e remédios da Índia em 58 colóquios organizados por ordem alfabética e escritos em forma de diálogo. Para cada planta, Garcia de Orta indica os vários nomes por que é conhecida, a sua proveniência, rotas comerciais até chegar a Goa, morfologia e utilizações. As descrições são de tal modo precisas que permitem, ainda hoje, identificar claramente a planta de que fala, sendo actuais muitas das indicações terapêuticas que refere. Garcia de Orta estudou nas universidades de Salamanca e

Alcalá de Henares, diplomando-se em artes, filosofia natural e medicina por volta de 1523. Além de pioneiro em botânica e matéria médica, Garcia de Orta foi o primeiro a descrever, em Bombaim, a cólera na primeira pandemia de cólera asiática (a segunda ocorreu no século XIX) e ensinou medicina no Hospital Real de Goa (precursor da Escola Médico-Cirúrgica de Goa, criada em 1842), fundado pelos portugueses em 1520.

Em 1628, William Harvey (1578-1647), publica *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, a primeira descrição do mecanismo da grande circulação sanguínea no ser humano. Uma descoberta revolucionária tanto do ponto de vista médico como filosófico, que assinala o começo da moderna medicina científica. Por meio da vivissecção nas mais diferentes espécies animais, Harvey verifica que o coração se contrai durante a sístole, expulsando o sangue dos ventrículos em direcção à aorta e artéria pulmonar, e se dilata durante a diástole, recebendo o sangue da veia cava e da veia pulmonar. Calcula a quantidade de sangue ejectada em cada sístole e conclui que a movimentação ininterrupta de tão grande quantidade de sangue só é possível se o sangue circular através das artérias até os tecidos e retornar pelas veias ao coração. Como os capilares ainda eram não eram conhecidos, Harvey admitiu a existência de anastomoses arteriovenosas ou simplesmente porosidades nos tecidos que permitiriam passagem do sangue das artérias para as veias. Marcello Malpighi (1628-1694) haveria de confirmá-lo mais tarde ao visualizar, através do microscópio, os capilares nos pulmões.

Oito anos após esta descoberta prenhe de consequências científicas, filosóficas, políticas e sociais, uma outra figura de primeiro plano na Europa setecentista, o médico e filósofo português Francisco Sanches (c.1550-1623) publica a sua *Opera Medica*, uma obra notabilíssima que reúne alguns dos seus tratados filosóficos: 1) *De Longitudine et Brevitate vitae*; 2) *Aristotelis Physiognomicon, Commentarius*; 3) *De Divinatione per Somnum; Quod Nihil Scitur*. Sanches estudou em Braga, Bordéus e Roma, e morreu em Toulouse, onde foi director do Hospital de St. Jacques e professor de filosofia na Faculdade de Medicina. Tal como Amato Lusitano e Garcia de Orta, Sanches foi obrigado a exilar-se devido à sua origem judaica. O importante pensamento filosófico de Sanches precede a crítica gnoseológica de Descartes e o experimentalismo de Bacon. No campo da medicina, especializou-se em estudos anatómicos e cirúrgicos, influenciado pelos trabalhos de Andreas Vesalius e Realdo Colombo.

Em 1655, Robert Hooke (1635-1703), cientista inglês,



Capa do livro *Colóquios dos simples e drogas e coisas medicinais da Índia* (1563).

autor da lei da elasticidade (que tem o seu nome), inventa o primeiro microscópio composto, no qual são usados dois sistemas de lentes – a lente ocular para visualização e a lente objectiva –, mais de meio século após a invenção do primeiro microscópio simples por um fabricante de óculos holandês, Zaccharias Janssen, em 1590.

Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723), comerciante de tecidos e cientista holandês, visualiza pela primeira vez, em 1673, glóbulos vermelhos e bactérias através de um microscópio com uma lente biconvexa que ele próprio construiu, capaz de aumentar a imagem cerca de 200 vezes. Também observou espermatozóides (que ele designa por «animáculos»), protozoários e a estrutura celular de vegetais, lançando as bases da anatomia vegetal.

Em 1708, Hermann Boerhaave (1668-1738), médico holandês, publica *Institutiones Medicae* [Princípios Médicos]. Boerhaave foi um dos clínicos mais influentes do século XVIII. Adepto dos princípios (cartesianos) da iatromecânica, manteve contudo uma postura empirista, defendendo que as teorias médicas sobre patologia deveriam ser elaboradas de forma indutiva a partir da observação clínica das doenças. Além disso, defendeu a aplicação da química à medicina, disciplina que ensinou na Universidade de Leiden. Os seus discípulos assumiram, como o mestre, uma atitude de oposição às especulações teóricas, defendendo um método pedagógico fundamentado na observação clínica, na evolução da doença e nos achados anatómopatológicos.

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), médico italiano, publica em 1761 *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* [Sobre os Lugares e as Causas das Doenças Anatomicamente Verificadas], o tratado fundador da anatomia patológica. Nesta obra monumental, Morgagni descreve rigorosa e exhaustivamente os seus achados em 640 autópsias, correlacionando a patologia encontrada no *postmortem* com os achados clínicos. Morgagni mostra que o diagnóstico, prognóstico e tratamento da doença devem ser baseados na exacta compreensão das mudanças patológicas nas estruturas anatómicas, pondo assim fim ao conceito de patologia humoral proveniente da Antiguidade.

No século XVIII, em plena época das Luzes, destaca-se na cultura europeia outro médico português exilado: António Ribeiro Sanches (1699-1783). Ribeiro Sanches foi um dos médicos e pensadores europeus mais importantes desse tempo. Fugiu de Lisboa devido a denúncias de práticas de judaísmo, em 1730, fixando-se na Holanda, onde estudou com Herman Boerhaave. Ribeiro Sanches ocupou várias posições de relevo: foi

médico da corte imperial russa e membro-eleito da Academia de Ciências de São Petersburgo e da Academia de Ciências de Paris, entre outras distinções. A convite de Diderot, escreveu o capítulo «Afecções da Alma» da *Enciclopédia*. Colaborou também com o Marquês de Pombal na Reforma da Universidade de Coimbra, a partir do estrangeiro. Em 1756, publicou, em Paris, o famoso *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos*. Foi dos primeiros a chamar a atenção para a importância da criação de sistemas de higiene colectiva em cidades, chegando a propor medidas inovadoras de saneamento do meio ambiente na reconstrução de Lisboa, que não se efectivaram provavelmente por desinteresse político. Nas suas *Considerações sobre os Terramotos* (anexas ao *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos*), argumenta que os terramotos são provocados por causas naturais e não pela cólera de Deus como então preconizavam as autoridades religiosas.

O LEGADO POSITIVISTA DO SÉCULO XIX

No século XIX, a lógica de desenvolvimento das ciências é a da especialização. A ciência é chamada agora a descrever, classificar e explicar as regularidades e a prever ocorrências futuras com base em sequências causais bem estabelecidas.

Na viragem do século XVIII para o século XIX, a revolução no campo da imunologia protagonizada por Edward Jenner (1749-1823) com a descoberta da vacina contra a varíola, vem dar resposta terapêutica a uma doença devastadora responsável por elevadas taxas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, abrindo as portas a um combate eficaz das doenças epidemiológicas, parte das quais serão erradicadas ao longo dos séculos XIX e XX.

É também nesta altura que o médico francês Marie François Xavier Bichat (1771-1802) introduz o conceito de patologia dos tecidos. Em 1800, publica *Recherches Physiologiques sur le vie et la mort*.

Igualmente no campo das doenças mentais se abrem novas perspectivas. Phillipe Pinel (1745-1826), médico francês, publica o *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, definindo pela primeira vez o campo da medicina das doenças mentais (inicialmente designada por alienismo e mais tarde por psiquiatria) em termos teóricos e assistenciais, através da utilização de terapêuticas específicas (morais) e da criação de instituições médicas especializadas (hospícios de alienados). Pinel acreditava que a maior parte dos casos de loucura não

era devida a qualquer lesão cerebral, mas a alterações no funcionamento da mente (ou do espírito) causadas pelas paixões excessivas. Na segunda edição, em 1809, acrescentou a sua experiência em Bicêtre e em La Salpêtrière, onde foi médico-chefe. Pinel acreditava que existiam traços de razão no alienado, o que possibilitava terapias baseadas no diálogo (com a família, com os outros doentes) e insistia na necessidade dos médicos pressionarem os responsáveis pelas instituições de assistência no sentido de criarem condições para que se pudesse quebrar o círculo vicioso que leva à perpetuação e ao agravamento da doença mental. Para Pinel, o tratamento medicamentoso era secundário, postura esta compreensível se considerarmos a inexistência na época de fármacos verdadeiramente eficazes no tratamento destes doentes. O tratado de Pinel foi aceite internacionalmente e rapidamente traduzido em várias línguas, com especial difusão nas escolas médicas da Europa, EUA, América Hispânica e Brasil.

Em 1816, René Laennec (1781-1826) inventa o estetoscópio. Em 1819, publica *De L'Auscultation Médicale ou Traité du Diagnostique des Maladies des Poumons et du Coeur*, onde descreve a sua técnica de audição dos sons da cavidade torácica.

Tal como noutras áreas, a medicina no século XIX em Portugal sofre de um grande atraso relativamente à medicina científica praticada nos grandes centros europeus. No campo das doenças mentais, por exemplo, o primeiro hospital para alienados em Portugal, o Hospital de Rilhafoles, é inaugurado já em 1848. E só decorridas mais de três décadas, em 1882, o médico e político António Maria de Senna (1845-1890) funda no Porto o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, onde tenta aplicar modernos conceitos de assistência mental, já então vigentes um pouco por toda a Europa. Como político, Senna fez aprovar em 1889 na Câmara dos Deputados a Lei Senna, uma proposta legislativa da sua autoria, que estabelecia, pela primeira vez em Portugal, os princípios orientadores de uma nova política de assistência mental, mais eficaz e consentânea com os modelos europeus, procurando assim inscrever a loucura na lógica da vida natural e do contrato social. No seu estudo *Os Alienados em Portugal*, publicado em 1889, Senna faz um retrato monstruoso da situação dos doentes mentais em Portugal, alertando para a tragédia em que vivem, recebidos em hospitais gerais ou nas cadeias ou vagueando pela via pública sem qualquer tipo de protecção.

Miguel Bombarda (1851-1910), considerava as doenças mentais como desarranjos do «funcionamento da mecânica cerebral» pelo que condenava severamente

os métodos repressivos que então eram utilizados em Portugal para o controle destes doentes. Mas só passou à prática as suas ideias no Hospital Rilhafoles, ao ser nomeado, em 1898, seu director. Bombarda dava assim continuidade, passados mais de três séculos, ao trabalho pioneiro iniciado em Granada pelo português São João Deus (1495-1550), e que é hoje representado pela Ordem Hospitaleira de São João de Deus, de humanização da assistência aos loucos. A loucura era para Miguel Bombarda «uma realidade objectiva, passível de ser submetida à análise do discurso científico da psiquiatria que, para além de procurar o conhecimento das causas das patologias mentais, preconizava a possibilidade positiva da cura através de metodologias terapêuticas diversificadas, que, em última instância, se concretizavam numa fórmula institucional específica: o manicómio. Para Miguel Bombarda, esta 'plataforma física da prática psiquiátrica' era uma realidade de natureza compósita e complexa, assumindo as múltiplas facetas do asilo, da prisão, da fábrica, do quartel, do laboratório e do hospital»⁽⁵⁾. A partir de 1948, o Hospital de Rilhafoles passa a designar-se Hospital Miguel Bombarda, em sua homenagem.

A nível internacional, além de Jenner, Bichat, Pinel e Laennec, já referidos, outras personalidades desta época que foram decisivas para o avanço da medicina científica: Edwin Chadwick, Rudolf Virchow, Charles Darwin, Louis Pasteur e Claude Bernard.

Edwin Chadwick (1800-1890), advogado e político inglês, tornou-se célebre com a publicação em 1842 do *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, o documento que serviu de base ao movimento sanitário inglês. Neste relatório feito a partir de um inquérito sanitário realizado a convite do governo inglês na sequência das epidemias de gripe e de febre tifóide em 1837 e 1838, Chadwick conclui que a evolução dos surtos se relaciona directamente com as condições de vida das populações sugerindo uma urgente reforma sanitária e económica.

Rudolf Virchow (1821-1902), médico e político alemão, publica em 1858 *Die Cellularpathologie* [A Patologia Celular], a sua teoria celular baseada no conceito de divisão celular, *omnis cellula ex cellula*, «todas as células nascem a partir de células preexistentes», e não de geração espontânea como consideravam Theodor Schwann (1810-1882), histologista, e Matthias Schleiden (1804-1881), botânico, ambos alemães, quando, em 1838, descobriram a célula como a unidade constituinte de todos os seres vivos.

Em 1859, Charles Darwin (1809-1882), naturalista

inglês, publica *On the Origins of Species by Means of Natural Selection*. Após uma viagem exploratória de cinco anos à volta do mundo, Darwin conclui que todas as espécies semelhantes entre si se desenvolvem a partir de uma origem comum dentro de uma determinada linha de evolução biológica. Ao mecanismo que leva as espécies a modificarem-se para se adaptarem ao meio, Darwin chamou de «selecção natural», que assegura a sobrevivência apenas dos mais fortes. A teoria evolucionista de Darwin, ao rejeitar liminarmente a ideia do mundo como criação divina, foi a revolução mais assinalável de todo o século XIX no plano filosófico, científico, ciências da vida, da sociedade, política, religião. O impacto foi impressionante e gerou debate imediato na medicina e ciências próximas.

Em 1865, Louis Pasteur (1822-1895), cientista francês, inicia estudos sobre o processo que mais tarde viria a ter o seu nome, pasteurização. Além da teoria germinal das doenças infecciosas, foi responsável por muitas outras descobertas, entre as quais as vacinas contra o antrax, a cólera aviária e a raiva humana.

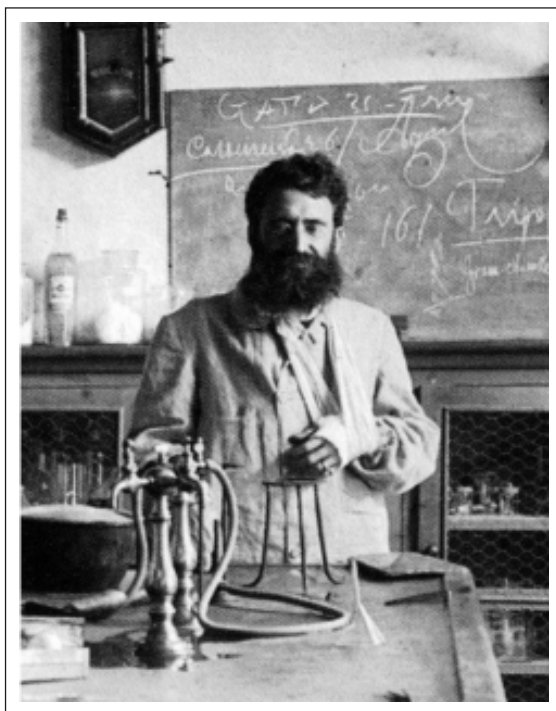
Nesse mesmo ano, Claude Bernard (1813-1878), médico francês, publica *Introduction à la médecine expérimentale*, a súpula das lições que proferiu no Colégio de França. Trata-se do documento mais significativo do século XIX sobre o método experimental aplicado à medicina. Nele, Bernard demonstra a aplicabilidade da experimentação animal aos humanos: «A medicina científica [...] só pode constituir-se, tal como as outras ciências, por via experimental, quer dizer pela aplicação imediata e rigorosa do raciocínio aos factos que a observação e a experimentação nos fornecem. O método experimental, considerado em si próprio, é um raciocínio com a ajuda do qual submetemos, metodicamente, as nossas ideias à experiência dos factos»⁽⁶⁾. Claude Bernard sistematiza os procedimentos requeridos pela medicina enquanto ciência experimental, ao mesmo tempo que teoriza uma forma de determinismo ajustado ao domínio médico-biológico, em que a ordem coexiste com a variabilidade. Uma predisposição não tem forçosamente um único desfecho: determinismo não é o mesmo que fatalismo.

A fotografia foi inventada 1839 pelo artista e homem de negócios francês Louis-Jacques-Mandé Daguerre (1787-1851), utilizando uma placa fotossensível, o daguerreótipo. A fotografia, os raios X (descobertos em 1895) e o microscópio, foram as tecnologias que maior impacto tiveram no desenvolvimento da medicina contemporânea, ao permitirem trespassar a fronteira da pele do corpo vivo com o olhar, e modo não invasivo. Tais

invenções alteraram definitivamente o conceito de corpo, de doença e de doente.

Mas a fotografia tem uma longa pré-história. Aristóteles, no século IV a. C., descreve pela primeira vez a observação de um eclipse solar numa *camera obscura* e, no século XIII, o astrónomo Al Hazen utiliza-a para os mesmos fins. A *camera obscura* é objecto de estudo e aperfeiçoamento durante o Renascimento, sendo utilizada principalmente como máquina de desenhar. Leonardo da Vinci, no século XV, compara o seu funcionamento com o de um olho. Com os progressos da óptica, criam-se no século XVII câmaras escuras portáteis, utilizadas quer por cientistas (como Kepler) quer por artistas (como Veronese, Vermeer ou Canaletto). Em 1804, William Wollaston (1766-1826) inventa uma nova máquina de desenhar, a câmara clara, e, em 1813, Joseph Nicéphore Niépce (1765-1833), experimenta a litografia (inventada por Senefelder, em 1796) para reproduzir gravuras. Em 1816, com a ajuda da câmara escura, Niépce tenta reproduzir imagens gravando chapas metálicas com ácido, lançando assim as bases da fotogravura e da heliogravura. Em 1829, Niépce e Daguerre associam-se. A inventividade do primeiro conjuga-se com o talento empresarial do segundo, permitindo a industrialização da fotografia. «Se nos recordarmos que a câmara era quase um segredo até 1839, e que a Igreja detinha até então poder social (controlando pinturas), percebemos que o seu poder começou a declinar com a manufactura das câmaras, e o poder social se desenvolveu com as lentes, através dos 'media'. Agora temos uma nova revolução. Milhões de câmaras estão a ser feitas (integrando até os telefones) e a distribuição das imagens está a mudar. O *continuum* é o espelho e as lentes».⁽⁷⁾

Em 1885, o médico e humanista Ricardo Jorge (1858-1939), pioneiro da saúde pública em Portugal, publica *Higiene Social aplicada à Nação Portuguesa*, uma colectânea de conferências onde expõe o seu conceito de higiene social: «Filha dilecta da civilização moderna, intimamente relacionada com o desenvolvimento monstruoso das ciências, das artes e das indústrias, a higiene tenta rasgadamente o seu ingresso na sociedade portuguesa, arrastada nessa onda pujante de aspirações progressivas que vão avassalando os espíritos pelo bem comum da pátria, a despeito da educação preterida, da rotina sedida, da ignorância crassa e da inépcia administrativa. Dispõem-se nesta orientação fecunda as conferências exaradas no presente volume, primeira série das que o autor se propôs fazer sobre higiene social aplicada à nação portuguesa. [...] O objecto capital desta



Ricardo Jorge. (Foto: Aurélio da Paz dos Reis).

primeira série de conferências foi a questão de sepultura, a higiene mortuária».⁽⁸⁾

Em 1892, são criados os primeiros laboratórios bacteriológicos em Portugal: no Porto, o Laboratório Municipal, dirigido por Ricardo Jorge, e em Lisboa, o Real Instituto Bacteriológico, dirigido por Luís da Câmara Pestana (1863-1899).

O Laboratório Municipal do Porto é associado não só a Ricardo Jorge, seu primeiro director, como à epidemia de peste que em 1899 atingiu a cidade, pois foi neste laboratório que Ricardo Jorge e Câmara Pestana identificaram o agente responsável pelo epidemia. Câmara Pestana acabaria por ser ele próprio uma das vítimas mortais da peste.

Recorde-se que a peste já era esperada na Europa, tendo até sido eleito um português José Tomás de Sousa Martins, delegado de Portugal na Conferência Sanitária Internacional de Veneza em 1897, como presidente da Comissão de Profilaxia da Peste na Europa (um ano antes Alexandre Yersin, médico francês, tinha descoberto a *Yersinia pestis*, bactéria responsável pela bubónica). Na posse destes dados não terá sido difícil a Ricardo Jorge e a Câmara Pestana, bem informados acerca do trajecto e dos sintomas da doença, suspeitar da peste e fazer um diagnóstico rigoroso da situação, confirmado por uma comissão de peritos internacionais convidados

para o efeito.

Na sequência da revolta popular do Porto contra o cordão sanitário preconizado por Ricardo Jorge para travar a epidemia, este vem para Lisboa onde funda em 1899 o Instituto Central de Higiene, «a décima instituição deste tipo a ser fundada em todo o mundo, destinada a contribuir para a defesa da saúde pública da população portuguesa através da educação, da formação e da investigação. Criou dois cursos já avançados para a época: o curso de Medicina Sanitária, precursor do actual curso de especialização em saúde pública (hoje leccionado na Escola Nacional de Saúde Pública e de frequência obrigatória na formação específica da carreira médica de saúde pública) e o curso de engenharia sanitária»⁽⁹⁾. Eduardo Coelho, pioneiro da cardiologia em Portugal, seu admirador de sempre, dedica-lhe um notável ensaio biográfico *Ricardo Jorge, o Médico e o Humanista*, onde releva a unidade da sua cultura humanista: «[Ricardo Jorge] levou para a história, para a arte, para a literatura a metódica da biopatologia humana e social em que foi Mestre. A mesma atitude mental envolveu a problemática de todas as suas preocupações espirituais. Por isso, separar Ricardo Jorge no cientista e no letrado, como se fossem duas personalidades diferentes, denota a incompreensão mais acabada de tão extraordinária mentalidade».⁽¹⁰⁾

No ano da criação do Real Instituto Bacteriológico em Lisboa, em 1892, Luís da Câmara Pestana visita o Instituto Pasteur de Paris, criado seis anos antes, visando a aplicação de um modelo de laboratório idêntico em Lisboa. Logo após a sua morte o médico Anibal Bettencourt é nomeado director do Instituto Bacteriológico de Lisboa que, em 1902, passa a denominar-se Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, em homenagem ao seu fundador.

Também em 1892, Caetano da Gama Pinto (1853-1945), médico goês, funda o Instituto Oftalmológico de Lisboa, designado, a partir de 1929, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto. O trabalho inovador, tanto do ponto de vista científico como organizacional, deste médico oriundo de Saligão revolucionou por completo a oftalmologia em Portugal. Gama Pinto doutorou-se na reputada universidade alemã de Heidelberg, tendo desenvolvido a técnica cirúrgica «Keratoplastia de Gama Pinto» que lhe granjeou fama e prestígio internacional.

Ainda no campo da oftalmologia, refira-se António Plácido da Costa (1848-1916), professor da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, que em 1880 inventa o queratoscópio ou «Disco de Plácido», um dispositivo que permite caracterizar o astigmatismo.

A MEDICINA EM PORTUGAL ATÉ AO LIMAR DA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX

O século XX em Portugal começa pela confirmação do legado positivista do século XIX. No campo das ciências médicas, assiste-se ao reforço da componente laboratorial técnica e à especialização.

Em 1901, Aníbal Bettencourt (1868-1930), director do Real Instituto Bacteriológico, realiza a Missão do Sono a Angola para investigar a doença do sono. No ano seguinte, é fundada a Escola de Medicina Tropical (posteriormente Instituto de Higiene e Medicina Tropical) e o Hospital Colonial (depois Hospital do Ultramar e, mais recentemente, Hospital Egas Moniz), cujo objectivo institucional era o ensino teórico e prático da medicina tropical e a realização de missões científicas às províncias ultramarinas portuguesas bem como a colónias estrangeiras. Refira-se que a saúde e o combate contra as doenças tropicais eram então o pano de fundo das políticas de colonização, como o demonstram a abertura em 1899 das Escolas de Medicina Tropical de Liverpool e de Londres, e em 1900 do Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo.

O Instituto de Higiene e Medicina Tropical é actualmente uma instituição de investigação e ensino pós-graduado especializada nos domínios das Biologia, Microbiologia, Parasitologia Médica, Clínica das Doenças Tropicais e Saúde Internacional. Possui dois centros de investigação multidisciplinar – o Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais e a Unidade de Parasitologia e Microbiologia Médicas.

Em 1905, Marck Athias (1875-1948), médico histologista, funda no Hospital de Rilhafoles, a convite de Miguel Bombarda, o Laboratório de Histologia de Lisboa, onde formaram alguns dos mais brilhantes histologistas portugueses, como Azevedo Neves, Pinto de Magalhães, Henrique Parreira e Augusto Celestino da Costa. Athias estudou medicina em Paris, tendo sido um dos primeiros histologistas a utilizar em França o método de Golgi.

A chamada Geração Médica de 1911, foi a principal responsável pelo desenvolvimento exponencial da medicina científica dessa época em Portugal. Era composta por alguns dos médicos mais cultos da época em Portugal. O grande prestígio profissional que detinham, a sua forte influência na vida política e grande determinação, permitiram-lhes, logo após a implantação da República, revolucionar o ensino médico em Lisboa no contexto da reforma universitária que recriou a Universidade de Lisboa e criou a Universidade do Porto. A Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa passou então a

Faculdade de Medicina, fundando-se institutos dedicados à investigação no campo das ciências básicas (unidades estruturais de investigação) que se articulavam com as clínicas universitárias (unidades que conjugam a assistência médica com o ensino). Tratava-se de um conceito inovador, adoptado por algumas das universidades mais avançadas do mundo na época. «Obra colectiva, de grupo, rara entre nós, era a reforma espontânea de uma escola, coisa também rara e conduzida, coisa ainda mais rara, por um grupo de homens preparados – porque tinham procurado ser competentes»⁽¹¹⁾. Alguns dos principais protagonistas deste movimento foram: Augusto Celestino da Costa (1884-1956), fundador (com Pedro Roberto Chaves, Alfredo Magalhães Ramalho e Simões Raposo) do Instituto de Histologia e Embriologia; Henrique de Vilhena (1879-1958), fundador (com Vítor Fontes e Barbosa Sueiro) do Instituto de Anatomia; Azevedo Neves (1877-1955), fundador do Instituto de Medicina Legal; Aníbal Bettencourt (1868-1930), director do Instituto Bacteriológico depois da morte de Câmara Pestana; Sílvio Rebello (1879-1933), fundador do Instituto de Farmacologia; Marck Athias (1875-1946), fundador do Instituto de Fisiologia (com Joaquim Fontes e Ferreira de Mira); Francisco Gentil (1878-1964) pioneiro da oncologia. O Instituto de Anatomia Patológica, privado de director devido à morte de António Pinto de Magalhães e à ida de Azevedo Neves para a Medicina Legal, passaria a ser dirigido em 1913 pelo professor italiano Emilio Enrico Franco (1908-1981) e a partir de 1918 por Henrique Parreira.

Em 1910, Júlio de Matos (1856-1922), médico psiquiatra português, sucede a Miguel Bombarda na direcção do Hospital de Rilhafoles: Em 1911, ano em que publica *Elementos de Psiquiatria*, é nomeado director da clínica de neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa. Após a sua morte, sucedeu-lhe na cátedra Sobral Cid (1877-1941), um dos mais distintos representantes da psiquiatria portuguesa. Mais tarde, em 1942, o psiquiatra Henrique Barahona Fernandes (1907-1992) catalisa na clínica psiquiátrica universitária do Hospital Júlio de Matos, de que foi director, um movimento de liberalização humanizante e de ruptura histórica com os modelos tradicionais de organização hospitalar de tipo asilar.

A I Comissão para o Estudo do Cancro foi nomeada, por portaria governamental, em 1904. Em 1911, Francisco Gentil, que integra a II Comissão nomeada 1906, é incumbido pelo conselho da Faculdade de Medicina de organizar uma enfermaria no Hospital de Santa Marta para doentes oncológicos, que marca o início da autonomização do tratamento do cancro em Portugal. O

Instituto Português Para o estudo do Cancro, com sede provisória no Hospital Escolar de Santa Marta em Lisboa, é fundado em 1923 através de um decreto assinado pelo médico Manuel Teixeira Gomes (1860-1941), Presidente da República, por proposta de António Sérgio, ministro da Instrução.

Os cinco pavilhões que constituem actualmente o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, são construídos em Palhavã, Lisboa, entre 1927 e 1948. Para o seu projecto, Francisco Gentil definiu um programa científico rigoroso ao qual importantes arquitectos da época responderam com propostas de grande qualidade. No primeiro pavilhão, inaugurado em 1927, é instalado o Laboratório de Investigação de Isótopos para Aplicações Médicas (transformado recentemente em Serviço de Medicina Nuclear), um dos primeiros laboratórios deste tipo a nível mundial. O arquitecto Carlos Ramos é o autor do projecto do Pavilhão do Rádio, inaugurado em Dezembro de 1933, a primeira construção na Europa a adoptar medidas de protecção eficaz contra as radiações definidas no II Congresso Internacional de Radiologia, realizado em Estocolmo, em 1928. O plano definitivo do resto do complexo, da autoria do engenheiro Tavares Cardoso e do arquitecto alemão Walter Distel, foi aprovado em Novembro de 1938 e demorou cerca de uma década a ser construído. Em 1967 e 1974 inauguram-se, respectivamente, os centros de Coimbra e do Porto. Em homenagem ao seu principal fundador, Francisco Gentil, logo após a sua morte o Instituto passará a ter o seu nome.

Em 1918, Abel Salazar (1889-1946), médico e artista plástico, cria o Instituto de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina do Porto, sendo o seu primeiro director. Entre 1919 e 1925 o seu trabalho é publicado em várias revistas científicas internacionais. Salazar irá também fundar, com Marck Athias e Augusto Celestino da Costa, os Arquivos Portugueses de Ciências Biológicas, tendo sido um dos seus directores. Em 2006, o Centro Cultural de Belém, em Lisboa, dedicou-lhe uma notável exposição retrospectiva de desenhos artísticos, «Abel Salazar – O Desenhador Compulsivo». Mário Soares, num texto do catálogo da exposição, sublinha a dimensão humanista desta extraordinária personalidade da cultura portuguesa: «Abel Salazar não foi apenas um investigador científico, de invulgar craveira, e um médico e professor de grande categoria. Foi também um grande artista plástico, que nos deixou quadros admiráveis, impressionantes desenhos e caricaturas, e um escultor de mérito. Mas mais do que isso: foi uma figura da renascença, porque acumulou a ciência e as artes com

a filosofia, o pensamento crítico e a escrita, tendo publicados livros impressionistas (de viagens, por exemplo) e múltiplos ensaios de crítica de arte e de reflexão filosófica».⁽¹²⁾

Em 1922, é fundado em Lisboa o Instituto de Investigação Científica de Bento da Rocha Cabral (Instituto Rocha Cabral) por Matias Ferreira de Mira (1875-1953), cujo objectivo é realizar «trabalhos de investigação científica, principalmente no campo das ciências biológicas». Além de ter acolhido e apoiado as investigações (com animais) de Egas Moniz na descoberta da angiografia e de Fausto Lopo de Carvalho (com Egas Moniz e Almeida Lima) na descoberta da angiopneumografia, recebeu muitos outros investigadores, incluindo o parasitologista Carlos França (1877-1926), a fitopatologista Matilde Bensaúde (1890-1969), primeira portuguesa doutorada nas ciências biológicas, e o naturalista padre Joaquim da Silva Tavares (1866-1931), fundador da revista Brotéria. Actualmente o instituto acolhe a sede da Sociedade Portuguesa de Histologia, apoia investigadores através da concessão de bolsas e apoio a projectos, fornece animais para investigação através do seu biotério, desenvolve investigação na área da história e da filosofia das ciências e edita duas publicações – *Travaux de Laboratoire* e *Actualidades Biológicas*. Em 1929 é criada a Junta de Educação Nacional com o objectivo de financiar a investigação científica e a formação avançada de bolseiros. Desde então o Estado participa no financiamento da actividade científica através de agências específicas: Instituto de Alta Cultura (1936), Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (1967), Instituto Nacional de Investigação Científica (1977) e mais recentemente Fundação para a Ciência e a Tecnologia (1995).

A Associação do Diabéticos Pobres, a primeira associação de doentes diabéticos do mundo, precursora do movimento associativo internacional na luta contra a diabetes, é fundada em 1926 por um médico: Ernesto Roma (1886-1979). O seu objectivo inicial era fornecer insulina gratuita (descoberta cinco anos antes) aos diabéticos indigentes, que não possuíam meios económicos para a adquirirem. A partir de 1973, passou a designar-se Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. De notar que a Associação prosseguiu desde o início não só objectivos sociais, mas também clínico-assistenciais e educacionais. A partir da década de 70, com base na experiência de Jean-Philippe Assal, e da dinâmica por este desenvolvida, a Associação resolve estruturar a educação do diabético, organizando cursos para educadores em diabetes e de educação para a

saúde para os próprios doentes.

É já na ditadura militar que precede o «Estado Novo» em Portugal, uma época muito conturbada social e politicamente, que nasce e se desenvolve a Escola Portuguesa de Angiografia. A sua actividade pode ser balizada pelos anos de 1927 e 1952 que marcaram a invenção, respectivamente, da angiografia cerebral e da coronariografia. Durante este período, foram feitas importantes invenções no campo da imagiologia médica: além da angiografia cerebral e da coronariografia, já referidas, surgiram a aortografia e a arteriografia dos membros, a linfoangiografia, a angiopneumografia e a flebogafia. Neste contexto, outras técnicas pioneiras no mundo, como a leucotomia e endarterectomia, no domínio da cirurgia, foram igualmente invenções marcantes na primeira metade do século XX.

A angiografia cerebral é inventada em 1927 por Egas Moniz (1874-1955), médico, político e escritor português. Como refere João Lobo Antunes, «A angiografia cerebral representou o primeiro avanço significativo no diagnóstico topográfico das lesões intracranianas no século XX, além de ter permitido a identificação dos diversos padrões circulatórios das neoplasias intracranianas e o reconhecimento das lesões vasculares, até então não identificados. Assim, veio alterar de modo significativo o paradigma da prática clínica da neurologia, com a ajuda de dois instrumentos simples e muita determinação».⁽¹³⁾



A história da angiografia cerebral na exposição «Passagens - 100 peças para o Museu de Medicina» no Museu Nacional de Arte Antiga, Lisboa (2005). (Foto: Nina Szielasko).

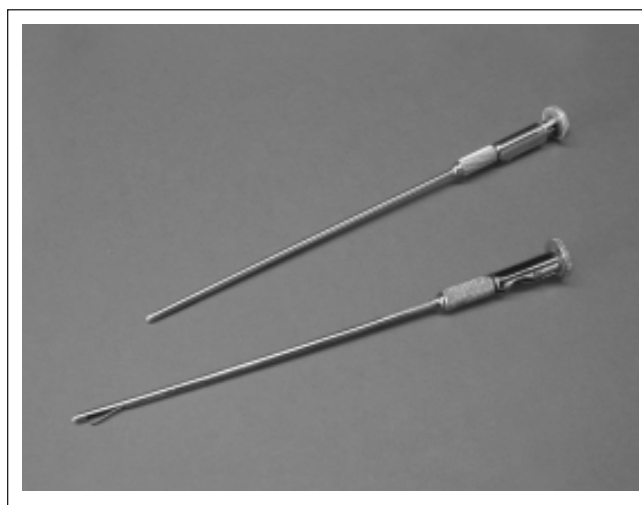
Em 1929, é inventada por Reynaldo dos Santos (1880-1970), médico e historiador da arte português, a aortografia e da arteriografia dos membros. A visualização da aorta e das artérias periféricas ao vivo por punção directa da aorta assustou na altura os ortodoxos da medicina. Por isso, Reynaldo dos Santos teve de lutar tenazmente, através de conferências e demonstrações

práticas em Portugal e no estrangeiro, para impor e difundir o seu método. Segundo Dinis da Gama, «A possibilidade de se visualizar a circulação dos membros e das principais artérias viscerais do abdómen, facultada pela aortografia de Reynaldo dos Santos, permitiu um conhecimento muito mais profundo sobre a biologia da circulação arterial, em condições normais e em situações de doença».⁽¹⁴⁾

Em 1930, Hernâni Monteiro (1891-1963), médico português, desenvolve uma técnica de visualização dos vasos linfáticos denominada linfoangiografia, a partir do método original da angiografia cerebral de Egas Moniz e da aortografia e angiografia dos membros de Reynaldo dos Santos, com Roberto de Carvalho, António Sousa Pereira e Álvaro Rodrigues.

Fausto Lopo de Carvalho (1890-1970), médico pneumologista português, comunica à Academia das Ciências de Lisboa, em 1931, os resultados dos trabalhos que o levaram, juntamente com Egas Moniz e Almeida Lima, à invenção da angiopneumografia, a técnica que possibilitou a visualização da circulação pulmonar.

Em 1936, Egas Moniz inventa a leucotomia, a primeira técnica cirúrgica do mundo utilizada no tratamento de algumas psicoses. Esta técnica foi decisiva para o futuro desenvolvimento das neurociências e da neurocultura contemporânea. A leucotomia consiste em incisões que destroem as conexões entre a região pré-frontal e outras partes do crânio. «Divergindo do caminho [o estudo das trombozes e obstruções da carótida] e caminhando um pouco para fora da área da neurologia, embrenhei-me num novo e inexplorado campo: o do tratamento cirúrgico de algumas psicoses, nas quais fui eficientemente ajudado por Pedro de Almeida Lima (1903-1985). Não



Leucótomos (Col. Museu de Medicina FMUL). (Foto: Nina Szielasko).

tendo o meu próprio departamento psiquiátrico, tinha muitas dificuldades: a minha experimentação estava restrita aos pacientes enviados para nós pelo meu grande amigo e notável professor Sobral Cid. Mais tarde Diogo Furtado e Almeida Amaral ajudaram-me enviando pacientes das suas clínicas psiquiátricas», escrevia Egas Moniz na sua última lição⁽¹⁵⁾. Walter Freeman e James Watts dedicaram-lhe o livro *Psychosurgery*: «A Egas Moniz, o primeiro a conceber e executar uma operação válida para a doença mental»⁽¹⁶⁾. O tratamento tornou-se popular em todo o mundo, valendo-lhe o Prémio Nobel da Medicina em 1949 (partilhado com Walter Rudolf Hess).

A primeira flebografia feita no ser humano com visualização da veia femoral, é realizada em 1938 por João Cid dos Santos (1907-1975), médico cirurgião português. Este trabalho pioneiro mundial da cirurgia vascular surge na sequência das descobertas da arteriografia cerebral por Egas Moniz e da aortografia por Reynaldo dos Santos, atrás referidas.

Em 1947, Cid dos Santos é de novo pioneiro, ao descobrir a técnica cirúrgica de endarterectomia, quando faz a desobstrução, pela primeira vez no mundo, de uma artéria femoral superficial ocluída. René Leriche, o relator deste trabalho publicado nesse mesmo ano no *Bulletin des Mémoires de L'Académie de Chirurgie*, termina com as seguintes palavras: «Depuis 25 ans j'ai cherché par l'arteriectomie à trouver des conditions favorables au rétablissement de la continuité artérielle par greffe. Je n'ai jamais pu accomplir mon programme. La méthode nouvelle va, je l'espère, nous permettre de rétablir une fonction perdue. Et ce sera un immense progrès»⁽¹⁷⁾.

Em 1949, o médico António de Sousa Pereira (1904-1986) introduz a portografia, que abrirá caminho às investigações dos italianos S. Abeatici e L. Campi que, dois anos depois, inventam a esplenoportografia, um novo método de exploração que veio facilitar o estudo pré-operatório da hipertensão portal. Em 1958, Sousa Pereira publica o livro *A portografia e a arteriografia hepática no estudo da circulação do fígado*.

Em 1952, Eduardo Coelho (1895-1974), médico e humanista português, apresenta no 1º Congresso Europeu de Cardiologia, em Londres, as primeiras coronariografias no homem vivo. Esta comunicação, publicada um ano mais tarde na revista médica *Cardiologia*, de Basel, é um trabalho feito com a colaboração de Martins da Fonseca, Américo Nunes e Rocha Pinto, precedida de um estudo experimental feito em cães. Quase duas décadas antes, em 1934, Eduardo Coelho publica em França a primeira monografia europeia sobre o enfarte

do miocárdio: *L'Infarctus du Myocard*. E. Macieira Coelho num texto sobre a sua vida e obra, conclui o seguinte: «Foi um homem de ciência com criatividade e emoção e, como homem de cultura crítica, foi universalista ao conceber o conceito de humanismo científico como entrelaçamento da cultura humanista e da ciência»⁽¹⁸⁾.

Um outro campo fecundo na investigação médica em Portugal foi o da anatomia patológica. Em 1951, o médico português Corino de Andrade (1906-2005), descobre a Polineuropatia Amiloidótica Familiar ou Doença de Corino de Andrade, vulgarmente conhecida por «Doença dos Pezinhos». Corino de Andrade investigaria mais tarde, em colaboração com Paula Coutinho, a epidemiologia e genética da doença de Machado-Joseph.

Ainda nesta área, gostaria de lembrar outra personalidade marcante da cultura médica da primeira metade do século XX: o prestigiado anátomo-patologista alemão Friedrich Wohlwill (1881-1958), que, em 1934, ocupa o lugar de prosector de anatomia patológica do Instituto Português de Oncologia. Em 1936, divergências com Francisco Gentil obrigaram-no a transferir-se para o Hospital Escolar de Santa Marta, onde permanecerá como prosector da anatomia patológica até à sua partida para os EUA, em 1946. Sucedeu-lhe na direcção do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Jorge Horta (1907-1989). Wohlwill tinha sido director do prestigiado Instituto de Anatomia Patológica da Academia de St. Georg, em Hamburgo, de 1924 a 1933, altura em que foi afastado por não ser de raça ariana, facto que o obrigou a emigrar, escolhendo Portugal motivado por três contactos: o de Max Nonne, seu mestre; o de Egas Moniz, seu admirador (mesmo sem o conhecer pessoalmente), e o de Manuel Dâmaso Prates, anátomo-patologista seu discípulo em Hamburgo.

Francisco Pulido Valente (1884-1963), considerado o mais destacado representante da medicina interna em Portugal, defensor do rigor diagnóstico resultante da conjugação da clínica com a anátomo-patologia, foi um mais significativos apoiantes de Wohlwill, pois viu nele a grande oportunidade de implementar em Portugal a anátomo-clínica. Com efeito, a entrada de Wohlwill no Hospital Escolar deveu-se em grande parte aos esforços de Pulido Valente. Numa carta a Wohlwill por ocasião da homenagem que lhe foi prestada antes da sua partida para os EUA, em 1946, Pulido Valente reitera a sua imensa admiração pelo mestre: «Alto representante duma escola incomparável de morfologistas visa porém, através da estática das formas, o processo mórbido que é função, o que o obriga à síntese de todos os elementos da

patologia e faz de si um mestre de clínicos. / Eu, que segui dia a dia a sua actuação em Lisboa e acompanhei a progressiva elevação do nosso nível clínico, sob a sua influência magistral, sei bem que é esta a acção pessoal mais poderosa exercida na medicina nacional, no último quarto de século».⁽¹⁹⁾

Fernando Fonseca (1895-1974) foi um dos mais ilustres médicos generalistas da época em Portugal. Reynaldo dos Santos considerava-o «uma das personalidades mais prestigiosas do “clínico geral”, pela sua séria formação científica, larga experiência clínica e qualidades morais excepcionais, de carácter e de humanidade, que dão um lugar à parte ao Homem e dignidade à profissão. [...] A prática da medicina geral é uma ciência e é uma arte. A base da formação científica está basilarmente ligada ao curso médico das faculdades, enquanto o exercício da arte depende do carácter do médico, da sua sensibilidade humana perante os doentes, e dos exemplos morais em cujo ambiente se formou. [...] A sua segura formação científica saiu do ensino e do exemplo de um mestre excepcional, que foi Pulido Valente».⁽²⁰⁾

Nesta época também se inovou significativamente na área da saúde pública. Entre outros, distinguem-se três médicos notáveis: João dos Santos, Francisco Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio.

João dos Santos (1913-1987), pedopsiquiatra e psicanalista, funda em 1952, com a enfermeira Rosália Ramos, a secção de Higiene Mental no Centro de Assistência à Maternidade e à Infância Dona Sofia Abecassis, em Lisboa, obra pioneira neste campo em todo o mundo. A sua «concepção de saúde mental infantil era simples e, ao tempo, verdadeiramente inovadora para lá das fronteiras do país: não esperar pelos comportamentos anómalos da criança tardiamente, na infância, para então intervir. Esta abordagem passava por integrar os cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde materno-infantil»⁽²¹⁾. O seu nome ficou ainda ligado a numerosas instituições, desde o Centro Infantil Helen Keller, à Liga Portuguesa de Deficientes Motores, à Liga Portuguesa contra a Epilepsia, entre muitas outras.

Idealizada por Francisco Gonçalves Ferreira (1912-1994) em 1952, a transformação do velho Instituto Central de Higiene (posteriormente Instituto Superior de Higiene), criado em 1899, em Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) só foi concretizada passados cerca de quinze anos. «A total reformulação do Instituto permitiu a Gonçalves Ferreira criar diversos centros de estudo e investigação, alguns dos quais viriam a alcançar grande prestígio, a nível nacional e internacional, como é

o caso, entre outros, do Centro de Estudos de Paramioidose, do Centro de Estudos de Zoonoses (actualmente designado Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas) e do Centro de Estudos de Nutrição, que dirigiu pessoalmente até à sua aposentação e ao qual se liga a criação, em que teve também papel preponderante, do Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição. / Toda a vasta obra realizada por Gonçalves Ferreira, tanto nas áreas científica e técnica, como nas áreas doutrinárias e de realizações materiais [...] se alicerçou num trabalho de profunda reflexão, de que constitui testemunho bem claro a sua extensa bibliografia [...]».⁽²²⁾

Em 1954, é inaugurado o Hospital Universitário de Santa Maria de Lisboa, concebido pelo arquitecto alemão Hermann Distel, em 1938. A sua construção foi iniciada em 1940 e concluída em 1953. Foram transferidos para a nova unidade a Faculdade de Medicina (do Campo Santana) e o Hospital Escolar (de Santa Marta).

No Porto, cinco anos depois é inaugurado o Hospital Universitário de São João, uma «réplica» arquitectónica de Santa Maria assinada pelo mesmo arquitecto. O Hospital de Santa Maria irá protagonizar, já no final da década de 60 do século XX, uma experiência pioneira ao criar uma escola de intensivismo: em 1969, Arsénio Cordeiro (1910-1981), médico cardiologista, funda a primeira unidade de cuidados intensivos para coronários em Portugal, a UTIC no Hospital Universitário de Santa Maria, uma obra financiada pela Fundação Calouste Gulbenkian que conjuga a actividade assistencial de alta tecnologia com a formação e a investigação clínica. Após a sua jubilação sucedeu-lhe em 1980, Carlos Ribeiro (1926-), que reúne um grupo de colaboradores competentes e interessados apostados na inovação tecnológica – informatização da unidade, equipamento novo e sofisticado para a realização de métodos complementares de diagnóstico, criação de um laboratório de hemodinâmica, investigação clínica (ensaios clínicos internacionais multicêntricos) – posicionando rapidamente a UTIC entre as melhores unidades deste tipo no mundo. A exemplar investigação clínica que ali se desenvolveu, «foi uma preocupação constante e uma actividade de referência da UTIC que permitiu alcançar um nível de excelência no tratamento dos doentes, ao mesmo tempo que se desdobrava numa actividade de formação pós-graduada e formação continuada de grande qualidade que lhe proporcionou grande projecção a nível nacional e abriu as portas a contactos internacionais de grande significado para a cardiologia portuguesa».⁽²³⁾

O Programa Nacional de Vacinação é lançado, em

Portugal, em 1965, antecedendo cerca de uma década a recomendação da Organização Mundial de Saúde para que o dos os países do mundo implementem e desenvolvam programas de vacinação. «Foi lançado muito mais com a linguagem e os modos de um bem público (para o qual se mobilizaram amplos estratos da população portuguesa, desde médicos e enfermeiros até aos párocos das aldeias mais distantes) do que uma obrigação, uma norma autoritária. Este foi o segredo do seu extraordinário êxito, que se mantém na actualidade, quando as taxas de vacinação dos portugueses ultrapassam a de países europeus bem mais desenvolvidos. / Por detrás desta forma invulgar de pensar no Portugal dos anos 60, estava, entre outros, Arnaldo Sampaio (1908-1987), especialista em saúde pública, criador e primeiro director do Centro Nacional de Gripe, em 1952, cuja actividade como investigador se notabilizou no estudo da pandemia de gripe de 1957. [...] O seu espírito empreendedor e a sua 'liderança afectiva' marcaram de forma indelével os sucessos da saúde pública do seu tempo e depois dele. Como director de saúde, entre 1972 e 1978, a sua acção ficou intimamente associada à criação e desenvolvimento dos centros de saúde do país».⁽²⁴⁾

Em 1961, é divulgado pela Ordem dos Médicos o Relatório das Carreiras Médicas em que surge, pela primeira vez, a ideia do Serviço Nacional de Saúde. Um dos seus subscritores e seu principal relator foi Miller Guerra (1912-1993), que definia a situação naquela época como contraditória e iníqua: havia médicos desocupados e doentes sem assistência. O relatório defendia que a política da saúde deveria ter uma unidade conceptual, de direcção e de execução, já que a medicina era exercida em cinco sectores separados, isolados uns

dos outros: Saúde Pública, Serviços Médico-Sociais das Caixas, Assistência, Hospitais e Clínica livre. Parte destes conceitos irão ser recuperados pelo Estatuto Hospitalar de 1968 e pela Reforma Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio de 1971.

CULTURA DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA EM PORTUGAL NA ÁREA DA SAÚDE

Como vimos, na primeira metade do século XX, Portugal assiste, num momento politicamente muito difícil e com pouquíssimo investimento público, à criação de uma verdadeira cultura de investigação na área das ciências da saúde, não só como consequência da criação da Escola Portuguesa de Angiografia, que a atribuição do Prémio Nobel da Medicina a Egas Moniz em 1949 revela bem a sua dimensão cosmopolita, mas também como resultado do trabalho desenvolvido por personalidades médicas de renome internacional.

Laboratórios públicos de referência como o Real Instituto Bacteriológico, fundado em 1892 por Câmara Pestana (posteriormente designado Instituto Bacteriológico Câmara Pestana), o Instituto Central de Higiene (precursor do actual Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge), criado em 1899 no contexto da reforma de Ricardo Jorge, e a Escola de Medicina Tropical (precursora do actual Instituto de Higiene e Medicina Tropical), fundada em 1902 por Aires Kopke, foram as primeiras instituições de investigação na área da saúde em Portugal.

Em 1961, é criado o Instituto Gulbenkian de Ciência. Em 1975, surge o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, o Instituto de Patologia e Imunologia Molecular (IPATIMUP) da Universidade do Porto em 1989, na já década de 1990 o Instituto de Biologia Molecular e Celular e o Instituto de Engenharia Biomédica da Universidade do Porto (agora reunidos numa única instituição, o I3S), o grupo Bial. Em 1990, foi criado o Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra, e em 2009 abrirá o Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde, uma unidade orgânica de investigação também da Universidade de Coimbra. A Universidade do Minho foi fundada em 1973, e a ela está ligado um importante projecto, o Laboratório Internacional Ibérico de Nanotecnologia que estará concluído em 2010/2011. Em 1969, a empresa Hovione instalou-se em Loures, sendo actualmente uma das líderes do mercado mundial dos princípios activos farmacêuticos. Finalmente, em 2001 é criado o Instituto



Logotipo da Organização Mundial de Saúde.

de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, e em 2004 a Fundação Champalimaud, também em Lisboa.

A criação e desenvolvimento de todas estas unidades mostra o importante papel das ciências médicas em Portugal na investigação relevante internacionalmente durante o século XX, que criou uma verdadeira cultura de investigação científica, crescendo individualmente e em rede, colaborando entre si e com outros centros de investigação do mundo, numa perspectiva cosmopolita.

Comprova-o a constituição em 2008 do primeiro pólo de competitividade e tecnologia em Portugal, o Health Cluster Portugal (HCP), que conseguiu reunir quase nove dezenas de instituições públicas e privadas, entre empresas, universidades, centros de investigação e hospitais, que querem fomentar o desenvolvimento de parcerias e projectos inovadores, nacional e internacionalmente, para «tornar Portugal um operador global no mercado da saúde», de acordo com o plano de actividades que a HCP definiu para o primeiro ano. As suas estratégias estão direccionadas para o «bem estar/envelhecimento, e-health (saúde electrónica) e tratamento de doenças cardiovasculares, degenerativas, cancro, entre outras».

AS REFORMAS SOCIAIS E O ESTADO DA SAÚDE EM PORTUGAL NO SÉCULO XX

A partir da segunda metade do século XX, o mundo ocidental sofre uma transformação radical. Nos «trinta gloriosos anos» (1945-1975) que se seguem à vitória dos Aliados em 1945, sucedem três grandes revoluções. A primeira é a revolução tecnológica na medicina com introdução na prática clínica de importantes inovações (os antibióticos – a penicilina é descoberta em 1928, por Alexander Fleming, e comercializada em 1941 –, os enxertos, as vacinas, a cirurgia e a imagiologia modernas). A segunda é a criação da segurança social, organizada segundo o princípio da solidariedade financeira e nacional, que se estende a quase toda a população da Europa, do Canadá e do Japão. E finalmente, o progresso económico que assegura às populações todos estes benefícios.

Na década de 1970, o primeiro choque petrolífero encerra este ciclo de prosperidade. Entre as muitas consequências da crise que se instala, a mais importante foi, sem dúvida, a pôr em causa, pela primeira vez ao fim de quase cem anos, o Estado-Providência, que nasceu em 1883 quando Otto von Bismarck (1815-1898), primeiro

chanceler do império alemão, decidiu implementar um importante conjunto de medidas pioneiras da protecção social – seguros sociais obrigatórios de doença, de acidentes de trabalho e de velhice, e regulamentação das condições de trabalho – no contexto de uma Alemanha pós-unificada (a unificação deu-se em 1871), em fase de grande crescimento industrial. Com estas medidas a Alemanha antecipa-se, no plano da segurança social, ao Reino Unido, o primeiro país do mundo a industrializar-se.

Em 1898, a Nova Zelândia cria as pensões de velhice. Até 1912, vários países, como os do império austro-húngaro, a Noruega, a Suécia e a Inglaterra, geram os seus próprios sistemas de segurança social. Os EUA aprovam em 1935 o Social Security Act, que lhes permite pôr em prática o New Deal (Nova Distribuição Económica) implementado pelo presidente Franklin D. Roosevelt (1882-1945) para salvar o país da crise económica em que vivia. Em 1936, o governo da Frente Popular em França inicia um importante programa de reformas sociais no âmbito do Estado-Providência. Em 1946, nasce no Reino Unido o National Health Service. No contexto do desenvolvimento do Estado-Providência, destaque-se o papel relevante da Organização Internacional do Trabalho (OIT), uma agência multilateral especializada nas questões do trabalho, criada em 1919 pela Conferência de Paz (após a Primeira Guerra Mundial). A OIT, resultante das reflexões éticas e económicas sobre os custos humanos da revolução industrial, é, desde então, a maior impulsionadora da adopção de políticas de protecção social na maior parte dos países industrializados. Encontra-se actualmente ligada à Organização das Nações Unidas.

A primeira Constituição Política da República Portuguesa, promulgada em 1911 e revista em 1916 e 1919-1921, consagra o direito de associação e reconhece o direito à assistência pública. Em 1919, são instituídos os seguros sociais obrigatórios em Portugal, no contexto da entrada do país como membro fundador da OIT. Esta legislação, aprovada no decurso da Conferência de Paz, após a I Guerra Mundial, coloca Portugal entre os países mais avançados neste domínio. Porém, não foram postos em prática devido à grave crise política, económica e social em que o país se encontrava mergulhado. Recorde-se que esta foi a época em que estalou a segunda Grande Depressão nos EUA (1929/1933), que afectou também vários países europeus que tinham uma grande dívida externa para com os EUA (não foi o caso de Portugal, que por esse motivo viu a economia crescer durante esse período).

A Constituição do Estado Novo da II República, de 1933, ao contrário da anterior, não

reconhecia explicitamente, no que toca à saúde, o direito à assistência pública. Contudo, em 1935, é instituída a Previdência Social, um seguro social que cobria inicialmente uma pequena franja da população trabalhadora da indústria e do comércio, deixando de fora mais de 80% da população (onde se incluíam os trabalhadores agrícolas), cuja protecção passou a ser da responsabilidade da Assistência Social, através das Casas do Povo. Entre os atributos das Casas do Povo, o mais importante foi sem dúvida a prestação de cuidados médicos, contudo insuficientes face às necessidades de uma vasta população pobre.

Em 1942 (ano em que é elaborado o Relatório Beveridge, o documento que está na origem da criação, quatro anos depois, do National Health Service britânico), Portugal assina a Carta de Confirmação da Convenção Sanitária Internacional e inicia uma reforma, embora tímida, «que pretende assegurar os ‘pré-requisitos’ para a acomodação dos novos rumos da medicina social e da adopção de um modelo moderno de assistência social, através das noções de ‘assistência integral’, de ‘ampliação’ e de ‘abrangência’. [...] A consciência política do atraso de Portugal no campo da saúde, por comparação com o panorama sanitário nos países mais avançados, impulsionou o desenvolvimento de medidas políticas de medicina preventiva ou social, claramente assumidas no preâmbulo desta lei, que vão estar na origem da construção da estrutura dos serviços de saúde pública [hospitais das Misericórdias e do Estado, serviços médico-sociais, de saúde pública e privados], ainda reconhecível no sistema de saúde actual, que vão garantir a imediata adesão de Portugal à Organização Mundial de Saúde, em Nova Iorque, a 22 de Julho de 1946. A partir daqui, a ordem política da saúde em qualquer lugar do mundo passou a ser em primeira instância transnacional e só depois nacional» (25). Assim, a partir da década de 50, a legislação de saúde em Portugal passa a ser decisivamente enquadrada por determinações internacionais emanadas da OMS, como o comprova a publicação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais e a Reforma Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio.

O Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais é criado em 1968 com o objectivo de uniformizar a orgânica de funcionamento de todos os hospitais do país, quer públicos quer privados (estes, essencialmente pertencentes às Misericórdias), e a criação de carreiras profissionais para os médicos, enfermeiros, farmacêu-

ticos e pessoal de administração.

A reforma desenhada por Gonçalves Ferreira (1912-1994) e erguida por Arnaldo Sampaio, em 1971, ocorre logo após o começo da «primavera marcelista», numa década de verdadeira explosão de demografia médica em Portugal, consequência da reforma democratizante do ensino de Veiga Simão. Além da lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência Social e da administração hospitalar, foram criados os centros de saúde de 1ª geração e instituída a carreira médica de saúde pública, numa altura em que a Organização Mundial de Saúde procurava introduzir nos sistemas de saúde europeus a estratégia dos cuidados de saúde primários. Portugal elabora, assim, um modelo já preparado para acolher esses cuidados, sugerindo que as políticas de saúde nacionais se deverão preparar para, no futuro, comportar esta estratégia internacional.

A crise económica da década de 1970, através da redução da solidariedade financeira, trava o desenvolvimento dos sistemas públicos de saúde praticamente em todos os países do mundo, pondo em causa pela primeira vez, como já disse, o Estado-Providência.

Em 1974 dá-se a revolução de 25 de Abril que põe fim à ditadura do Estado Novo, dando início à III República Portuguesa que permitirá a restauração da democracia. Em 1978, a Organização Mundial de Saúde realiza a famosa Conferência de Alma Ata, onde se definem os princípios basilares e as metas que concretizariam a aplicação de um programa de saúde pública assente no desenvolvimento de cuidados de saúde primários para todos os sistemas de saúde nacionais, que Portugal também subscreve.

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE NUM MUNDO EM RÁPIDA TRANSFORMAÇÃO

Em 1979, trinta e quatro anos após a abertura do National Health Service britânico, nasce, finalmente, em plena crise económica mundial, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, tal como acontecerá à Grécia em 1983 e à Espanha em 1986, antecidos, no sul da Europa, pela Itália em 1978. Trata-se de uma extraordinária obra colectiva, envolvendo quase todos os profissionais da saúde e a população. Em 1981 é legislada pela primeira vez em Portugal a especialidade de clínica geral, com a criação do internato complementar de generalista. No ano seguinte é criada a carreira médica de clínica geral, na sequência do serviço médico à periferia (um ano obrigatório de serviço médico para os jovens recém-

COUNTRY/REGION	Crude death rate			Infant mortality rate			Life expectancy at birth			
	(per 1000 population)			(per 1000 live birth)			males		females	
	1980	2002	2003	1980	2002	2003	1980	2003	1980	2003
European Union	10,6	9,8	9,9	14,6	4,8	4,6	69,8	74,8	76,8	81,1
Eurozone	10,3	9,5 ^P	9,7	12,5	4,3	4,1	70,4	75,8	77,4	81,8
Portugal	9,7	10,2	10,4	24,3	5,0	4,0	67,7	74,0	75,2	80,5

Relatório Eurostat

formados, fora das grandes cidades, criado em 1975).

Os indicadores da saúde, principalmente no que se refere à mortalidade infantil, crescem desde então a um ritmo exponencial, posicionando rapidamente Portugal entre os países mais desenvolvidos do mundo (Quadro).

Segundo o relatório Eurostat, o índice de mortalidade infantil (por 1000 nados-vivos) em 1980 era na União Europeia de 14,6 e em Portugal 24,3. Em 2003, na União Europeia era de 4,6 e em Portugal 4,0. Quanto à esperança de vida ao nascer, a média na Europa em 1980 era para os homens de 69,8 anos, para as mulheres de 76,8; e em 2003 era de 74,8 para os homens e de

81,1 para as mulheres; em Portugal, a expectativa em 1980 era de 67,7 para os homens e de 75,2 para as mulheres; em 2003, de 74 para os homens e 80,5 para as mulheres.

«O investimento generalizado nos cuidados de saúde primários, a cobertura nacional de centros de saúde e médicos de família, foram factores importantes. Em 15 anos Portugal, cujos indicadores materno-infantis eram de país subdesenvolvido, passou a integrar o grupo dos países que mais evoluíram nesta área, a nível mundial. Porém, o que permitiu ultrapassar países muito mais ricos e manter consistência na evolução, foi sem dúvida a consolidação progressiva do Programa Nacional de Saúde Materno- Infantil iniciado em 1989. [...] Os Hospitais e os Centros de Saúde foram integrados em Redes de Referência Materno-Infantis, com áreas geográficas bem definidas e com definição das responsabilidades assistenciais dos vários intervenientes».⁽²⁶⁾

Após a queda do muro de Berlim em 1990, o processo de globalização acelera e o mundo transforma-se a uma velocidade vertiginosa. De dia para dia surgem novos problemas. Com a melhoria dos indicadores de saúde, em Portugal, como em quase todo o mundo Ocidental, assiste-se a um progressivo envelhecimento da população. A inversão da pirâmide etária tem como consequência o aumento das doenças degenerativas. Mas a par do progresso científico e tecnológico, uma outra realidade emerge – a pobreza –, agora com uma nova configuração – jovens mal inseridos, idosos, emigrantes ilegais. Um mundo de jovens sem formação profissional, para os quais a indústria já não tem trabalho, desloca-se da vida activa para o consumo ou comercialização de droga, o roubo e a violência. Os doentes passam a ser mais exigentes e com novas necessidades. Os utilizadores dos cuidados de saúde são de um lado os trabalhadores activos ou os doentes bem informados e do outro lado os casos sociais, os novos pobres. Os primeiros, educados, mostram-se cada vez mais exigentes: conhecem as novas técnicas terapêuticas,



Primeiro número do Boletim do SNS (1982).

exigindo hospitalizações rápidas e até tratamentos em ambulatório. Os segundos, têm necessidades específicas, por vezes não relacionadas com a medicina, dispõem de tempo e desejam, muitas vezes, ao contrário dos primeiros, internamentos mais longos, que nem sempre se justificam por razões médicas.

O paciente passa a cliente, aparecem os seguros de saúde e surgem os indicadores sobre a qualidade dos serviços que orientam a escolha dos clientes. Apoiados por uma melhor informação e maior capacidade económica, muitos destes clientes são conduzidos para as unidades de saúde com melhores prestações de serviços. A medicina torna-se um negócio apetecível e aos médicos são colocados desafios e dependências até há bem pouco tempo inimagináveis.

Num texto publicado no livro *Da Vontade* em 2004, por ocasião da comemoração dos 20 anos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, John Horder, prestigiado clínico geral inglês, presidente do Royal College of General Practitioners, que liderou uma equipa de peritos ingleses que se reuniu com o governo português em 1979 para discutir a possibilidade de criar em Portugal a especialidade de clínica geral, recorda alguns princípios fundamentais que devem estar sempre presentes: «Concluo este contributo para uma comemoração portuguesa lembrando que alguns princípios fundamentais nunca mudam. Um deles é a contínua necessidade que as pessoas que se encontram doentes, feridas ou supostamente doentes têm de recorrer a médicos e enfermeiros em quem possam confiar para complementar o conhecimento e competências técnicas com a preocupação interpessoal, mesmo quando as técnicas complexas ou as organizações humanas dificultam esta tarefa. Outro é a necessidade constante de ter médicos de clínica geral e especialistas hospitalares que se respeitem mutuamente e saibam trabalhar bem em conjunto».⁽²⁷⁾

OS NOVOS ÁGORA E A CIDADE GLOBAL

Os tempos que correm não são fáceis: a dúvida e incerteza quanto ao futuro assaltam-nos a cada momento; os fundamentos clássicos da ordem internacional desintegram-se a um ritmo alucinante; a pressão da economia e dos mercados na sua vertente especulativa é avassaladora. Recuperar a política para o campo das ideias e dos projectos mobilizadores e criadores de sentido é um desafio que se coloca hoje em dia a todos os cidadãos cosmopolitas.

Em 1995, Daniela Archibugi (1958-), italiana, e David Held (1951-), inglês, especialistas em ciência política, duas figuras centrais do debate contemporâneo sobre a globalização, publicam *Cosmopolitan Democracy – An Agenda for a New World Order*, onde recuperam o conceito de cosmopolitismo (defendido por Kant, Hannah Arendt, Jürgen Habermas, entre outros), em oposição ao conceito de nacionalismo. Segundo os autores, a queda do Muro de Berlim em 1989 é o acontecimento-chave que põe definitivamente em causa o conceito de Estado-Nação (os atentados terroristas do 11 de Setembro de 2001 nos EUA e as reacções nacionalistas que se seguiram apenas vieram confirmar esta tese). Neste sentido, propõem a criação de uma instância global supranacional com poderes executivos (à semelhança do *ágora* grega, o lugar de encontro da *pólis*, onde se construía a identidade colectiva e a solidariedade entre os cidadãos), um lugar de convergência da política, da democracia e da transparência à escala global. Segundo os autores, a democracia não se constrói apenas com base nas semelhanças culturais e no sentimento de comunidade nacional, mas ligando nações, religiões e culturas muito diversas. A variedade e a diferença num mundo global constituem assim vantagens e não obstáculos. O cosmopolitismo não é apenas um modelo de vida que enquadra uma sociedade democrática, mas também um sistema que permite interpretar a realidade contemporânea e os destinos cada vez mais transnacionais dos indivíduos. Archibugi e Held defendem concretamente uma reforma profunda das Nações Unidas, dotando esta instituição de poderes que lhe permitam exercer eficazmente uma soberania transnacional de modo a privilegiar a democracia e as políticas daí decorrentes em detrimento da soberania dos estados-nação. A principal crítica é a de que a teoria da democracia cosmopolita e global pode conduzir, na prática, a um governo mundial altamente centralizado e autocrático. Trata-se de uma importante objecção, aliás já mencionada em 1795 por Emmanuel Kant em *Zum ewigen Frieden* [Para a Paz Eterna], uma reflexão sobre a necessidade de uma cidadania global e as suas dificuldades.

A revolução científica e tecnológica contemporânea permite-nos, pela primeira vez na história, competir com a natureza, recriando-a (através das biotecnologias), ou mesmo desafiando-a (através da criação de seres puramente tecnológicos), o que parece configurar aquilo que, na falta de um termo melhor, podemos designar por pós-humanidade. «Os mecanismos de consumo tendem [...] a assimilar as barreiras sociais geradas pelos

handicaps humanos estimulando a sua superação por via tecnológica (ou biotecnológica). Com efeito, face aos constrangimentos que a natureza humana encerra, só as promessas tecnológicas nos permitem desafiar a inexorabilidade do ser – a morte. O conceito de “pós-humano” é um corte não só epistemológico, mas também ético, político, estético e religioso com o conceito de ser emanante, isto é, que se desagrega – envelhece e morre. A fusão completa entre a cibercultura e a revolução genética – o desejo e a possibilidade – poderá gerar um sujeito novo, imanente, que não morre»⁽²⁸⁾. Os ágoras contemporâneos, os modernos espaços públicos de discussão, situam-se hoje algures no ciberespaço. São verdadeiros «não-lugares» em que a assembleia da cidade é constituída por comunidades virtuais que dialogam entre si em tempo real através de redes que se estendem a todo o planeta, «glocalizando» o mundo. A democracia cosmopolita começa, deste modo, no contexto da cibercultura, a dar os primeiros passos.

O desenvolvimento da arte e da ciência da medicina dependerá do rumo da Democracia cosmopolita, global. A medicina possui uma tradição milenar que é parte intrínseco do seu saber. Se não soubermos preservar esse legado ao mesmo tempo simbólico e operativo que herdámos dos Gregos, a que damos o nome de medicina hipocrática, a cultura médica (tal como a conhecemos e praticamos), entrará seguramente em declínio e extinguir-se-á. Talvez com isso se inicie uma nova era (pós-genómica?) e uma nova tradição (pós-hipocrática?). Não sabemos. Nunca o saberemos até lá chegarmos.

No filme *La Haine* (1995) de Mathieu Kassovitz, uma expressão inicial estabelecia um programa para todo o filme: um homem caía de uma grande altura e enquanto caía repetia para si mesmo «até aqui tudo bem».

REFERÊNCIAS

1. LLOSA, Mário Vargas. «A Cultura e a Nova Ordem Internacional». In: AA.VV. *Globalização: Ciência Cultura e Religiões*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Publicações Dom Quixote, 2003, p. 300.
2. MOLDER, Maria Filomena. «Os sonhos e os pesadelos da razão». In: ALVES, Manuel Valente (editor). *Passagens*. Lisboa: Museu de Medicina da FMUL/Museu Nacional de Arte Antiga, Lisboa, p. 212.
3. MARQUES, Manuel Silvério. «O umbigo simbólico – notas partidas do Juramento Hipocrático». In: SOARES, Maria Luísa Couto (organização e coordenação). *Hipócrates e a Arte da Medicina*. Lisboa: Colibri, 1999, p. 91.
4. ABREU, Laurinda. «A assistência e a saúde como espaços de inovação: alguns exemplos portugueses». In: SAKELLARIDES, Constantino, ALVES, Manuel Valente (editores). *Lisboa, Saúde e Inovação*. Lisboa: APPSP/Gradiva, 2008, p. 37.
5. ARAÚJO, Paulo. «Miguel Bombarda e a Assistência Médica em Portugal». In: NUNES, Maria de Fátima, CUNHA, Norberto (coordenadores). *Imagens da Ciência em Portugal*. Casal de Cambra: Caleidoscópio, 2005. p. 143.
6. BERNARD, Claude. *Introdução à Medicina Experimental [1865]*. Tr. Maria José Marinho. Lisboa: Guimarães & Cia. Editores, 1978, p. 10.
7. HOCHNEY, David. *Secret Knowledge – Rediscovering the lost techniques of the Old Masters [2001]*. 2nd ed. expanded. London: Thames & Hudson, 2006, p. 231.
8. JORGE, Ricardo D’Almeida. *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa*. Porto: Livraria Civilização de Eduardo da Costa Santos – editor, 1885.
9. SAKELLARIDES, Constantino, ALVES, Manuel Valente (editores). *Lisboa, Saúde e Inovação*. Lisboa: APPSP/Gradiva, 2008, p. 89.
10. COELHO, Eduardo. *Ricardo Jorge – O Médico e o Humanista*. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, Lda., 1961, p. 180.
11. COSTA, Jaime Celestino da. «A Geração de 1911 – Origem, realização e destino». In: ALVES, Manuel Valente (editor). *1911-1999. O ensino médico em Lisboa no início do século. Sete artistas contemporâneos evocam a geração médica de 1911*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999. p. 45.
12. SOARES, Mário. In: Abel Salazar – *O Desenhador Compulsivo*. Catálogo da exposição. Lisboa: Centro Cultural de Belém, 2006, p. 9.
13. ANTUNES, João Lobo. «A Seringa de Egas Moniz e a Pinça de Martins». In: ALVES, Manuel Valente, BARBOSA, António (editores). *Circulação*. Lisboa: Museu de Medicina da FMUL, 2004, p. 115.
14. GAMA, A. Dinis da. «Reynaldo dos Santos e Cid dos Santos – Da Aortografia à Arteriografia e Flebografia». In: ALVES, Manuel Valente, BARBOSA, António (editores). *Circulação*. Lisboa: Museu de Medicina da FMUL, 2004, p. 48.
15. Egas Moniz and the Portuguese School of Angiography. *Exhibition catalogue*. Lisbon: W.F.I.T.N./99 Congress, 1999, p. 73.
16. FREEMAN, Walter, WATTS, James W. *Psychosurgery*. Springfield: Charles C. Thomas Publishers, 1942.
17. GAMA, A. Dinis da. «Reynaldo dos Santos e Cid dos Santos – Da Aortografia à Arteriografia e Flebografia». In: ALVES, Manuel Valente, BARBOSA, António (editores). *Circulação*. Lisboa: Museu de Medicina da FMUL, 2004, p. 55.
18. COELHO, E. Macieira. «Eduardo Coelho e a Escola de Cardiologia de Lisboa». In: PERDIGÃO, Carlos, ALVES, Manuel Valente (editores). *Olhares – Fragmentos para uma História*

- da Cardiologia Portuguesa. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2006, 53.
19. WOHLWILL, Friedrich. Impressões dos Estados Unidos da América. Lisboa: Fundação Professor Francisco Pulido Valente, 1995, p. 9.
20. SANTOS, Reynaldo dos. «O Clínico Geral». In: BOTELHO, Luís da Silveira, BRITO, João Pedro Xavier de (coordenadores). Fernando Fonseca – Memória de um Médico Ilustre. Lisboa: Âncora Editora, 2004, pp. 211-212.
21. SAKELLARIDES, Constantino, ALVES, Manuel Valente (editores). Lisboa, Saúde e Inovação. Lisboa: APPSP/Gradiva, 2008, p. 138-139.
22. COELHO, Aloísio M. «In Memoriam». In: AA.VV. Francisco António Gonçalves Ferreira – Livro de Homenagem. Lisboa: s. e., 1995, pp. 14-15.
23. FERREIRA, Rafael. «O Grupo UTIC e Carlos Ribeiro». In: ALVES, Manuel Valente, FERREIRA, Rafael, PERDIGÃO, Carlos (editores). Carlos Ribeiro – A Vida Modo de Conhecer. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2006, p. 70.
24. SAKELLARIDES, Constantino, ALVES, Manuel Valente (editores). Lisboa, Saúde e Inovação. Lisboa: APPSP/Gradiva, 2008, p. 139.
25. CARAPINHEIRO, Graça. «A saúde enquanto matéria política». In: CARAPINHEIRO, Graça (organizadora). Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas. Lisboa: Pé de Página Editores, 2006, p. 140 e 142.
26. Organização Perinatal Nacional – Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006, pp. 2-3.
27. HORDER, John. «Clínica Geral/Medicina Familiar: Portugal e o Mundo, uma Perspectiva dos últimos 25 anos». In: ALVES, Manuel Valente, RAMOS, Vítor (editores). Medicina Geral e Familiar: Da Vontade. Lisboa: APMCG/MVA Invent, 2004, p. 44.
28. ALVES, Manuel Valente. «Imagens Médicas/Imagens da Medicina». In: ALVES, Manuel Valente (concepção e coordenação). Imagens Médicas – Fragmentos de uma História. Porto: Porto Editora/Porto 2001, 2001, p. 26.

2009



Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
Instituto de Formação Avançada

III Curso Pós-Graduado de Actualização



Ciências do Sono

Destinatários

Licenciados em Medicina, Psicologia, Biologia, Enfermagem, Engenharia Biomédica, Motricidade Humana, Farmácia, Bioquímica, Engenharia Genética, Neurofisiologia, Cardiopneumologia e outros.

Local

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Datas dos Módulos

27 de Fevereiro; 17 e 18 de Abril; 26 e 27 de Julho;
25 de Setembro; 9 de Outubro; 13 de Novembro

Módulo Prático: Práticas de PSG
12 a 15 de Outubro
(limitado a 25 participantes)

Direcção do Curso

Prof. Doutora Teresa Paiva
Prof. Doutor Fernando Lopes da Silva
Prof. Doutor Mário Andrea
Prof. Doutor Óscar Dias

Coordenação do Curso

Prof. Doutora Teresa Paiva

Apoios

Indústria Farmacêutica
Firmas de Ventiloterapia - CPAP
Firmas de Equipamento

